دراسات عربية فى علم النفس (مج٩، ع١: يناير ٢٠١٠، ص ص ١ - ٢٥)

دور علم النفس الإيجابى فى تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسى

محمد نجيب أحمد الصبوة *

ملخص :

يقصد بعلم النفس الإيجابى الدراسة العلمية ذات الطبيعة التطبيقية للخبرات الإيجابية ولخصال الشخصية الإيجابية، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التى تعمل على تيسير تنمية هذه الخبرات والخصال والارتقاء بها لخلق إنسان ذى شخصية إيجابية وفعالة ومؤثرة، تهتم بالإضافة إلى ما هو كائن بالفعل، بما ينبغى أن يكون. ومنذ ظهور هذا العلم فى عام ١٩٩٨ على يد مارتن سليجمان M. Seligman وزميله ميهالى سكيزينتميهالى Mihali Csikszentmihalyi، برزت محاولات جادة عبر بحوثهما وبحوث عدد كبير من تلاميذهما لتوظيف مفاهيم هذا العلم وأساليبه العلمية التطبيقية التى نتجت عن إطاره النظرى، فى الوقاية ضد الإصابة بالأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية، وفى تخليصه من المعاناة منها أو التخفيف من حدتها. وهذا هو ما عرضنا له فى الجزء الأول من هذه المراجعة العلمية. وانتهينا من عرضنا لهذه الدراسات إلى نتيجة مهمة مضمونها، أن التدخلات الإيجابية، سواء أكانت لأهداف وقائية وتنموية، أم لأهداف تعديل السلوك، أم لأهداف علاجية، ستكون أكثر فعالية من التدخلات التقليدية، لأنها لن تخلص الفرد من انحرافاته وشذوذه وضعفه واضطراباته فحسب، ولكنها ستؤسس داخله كذلك منهجا فكريا جديدا، مضمونه أن الصحة النفسية لا تعنى فقط خلو العقل والمزاج والإرادة والجسم من الزيغ والانحرافات والأمراض، ولكنها تعنى أيضا أن يكون هذا الفرد فعالا ومؤثرا وناجحا على المستوى الشخصى والأسرى والمجتمعى. وعرضنا أخيرا لمستقبل بحوث الوقاية والعلاج النفسى كممارسة مهنية فى ضوء منجزات علم النفس الإيجابى، وانتهينا إلى أنه مستقبل واعد على الرغم من الصعوبات التى سيواجهها علماء علم النفس الإكلينيكى فى هذا الصدد .

* أستاذ علم النفس الإكلينيكى – كلية الآداب – جامعة القاهرة.

مقدمة :

سنعرض في هذا المقال التعريف بعلم النفس الإيجابي، والعلاقة الوثيقة والعضوية بين علم النفس الإيجابي وعلم النفس الإكلينيكي بشكل عام. وسنقدم بعض التدخلات الإيجابية positive intervention التي استهدفت بناء الوقاية وتخفيف المعاناة من الاضطرابات النفسية. وسنقدم الأدلة التي تشير إلى أن علم النفس الإيجابي يمكن أن يكون واحدا من الأساليب والطرق العلاجية القوية التي لا تستهدف فحسب تخليص الشخصية من ضعفها أو عاداتها الشاذة أو من اضطراباتها، بل إنه سيجعلها كذلك شخصية إيجابية وفعالة ومؤثرة ومنتجة حسبما ينبغي أن تكون. وسنقدم أخيرا بعض التوصيات التي تمثل شروط الرؤية المستقبلية لدور علم النفس الإيجابي في التدخلات الوقائية والعلاجية، وإمكانية إجراء دراسات وبحوث تقويمية لهذا النمط الجديد من التدخلات الوقائية والعلاجية.

ويود كاتب هذه السطور أن ينبه القارىء الكريم إلى أن هذا العلم الناشىء الذي سنتحدث عنه، يحتم علينا استخدام مصطلح عالم النفس الإيجابي أو النفساني الإيجابي، وأننا سنعرض بلغتنا العربية مفاهيم ومصطلحات جديدة، أرجو أن نركز على ما تطرحه من معاني ومعلومات جديدة ولا نتوقف عند حدود مبانيها المترجمة إلى العربية غالبا، وأن يكون اختلافنا حول المعنى وليس حول المبنى، لأن النظم العلمية الناشئة تشيع بها – لاشك في ذلك – بعض المفاهيم العامة الغائمة والمشوشة، وبعض الرؤى ووجهات النظر المتناقضة، وحاولنا قدر الطاقة وما وسعنا العلم والحيلة والوسيلة أن نوضحها ونخلصها من التشويش والغموض بقدر الإمكان.

الدور التقليدي لعلم النفس كما يراه علماء علم النفس الإيجابي:

يقصد بعلم النفس الإيجابي الدراسة العلمية ذات الطبيعة التطبيقية للخبرات المثمرة والخصال الشخصية الإيجابية، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على تيسير تنمية هذه الخبرات والخصال والارتقاء بها لتكوين إنسان ذي شخصية إيجابية ومؤثرة، تهتم بالإضافة إلى ما هو كائن بالفعل، بما ينبغي أن يكون.

وقد يتساءل المرء، إذا كان هذا العلم الناشئ قد بدأ مسيرته عام ١٩٩٨، أي بعد تولي مارتن سليجمان رئاسة جمعية علم النفس الأمريكية بعامين على وجه التحديد، وإذا كان أول مؤتمر لعلم النفس الإيجابي قد تم عقده عام ١٩٩٩ في لينكولن، فهل يمكن أن يكون لهذا العلم أي تاريخ. نجيب بإيجاز فنقول، إن القاعدة التي تحكم كل علم النفس كنظام علمي، بغض النظر عن فروعه، أن له عمرا طويلا جدا ربما

يوازي عمر الإنسان على وجه الأرض، ولكن تاريخه قصير، وتنطبق هذه القاعدة على هذا العلم الوليد انطباقا قد يصل إلى حد التتام أو التطابق.

يرى مارتن سليجمان وزميله ميهالي سكيزينتميهالي (Mihali Csikszentmihalyi 2000, p.6)، أن علم النفس بصفة عامة كانت له ثلاث رسالات منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية، هي:

(١) تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية وعلاجها.

(٢) طرح عدد كبير من النظريات، خاصة في فروع علم النفس وثيقة الصلة بعلم النفس المرضي وعلم النفس العيادي، لتفسير منشأ هذه الأمراض، وإرشاد البحث العلمي في مختلف فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، ومن أبرز هذه الفروع، علم النفس الاجتماعي وعلم نفس الشخصية، وعلم نفس التعلم، وعلم النفس التجريبي وغيرها.

(٣) التأثير في حياة الأفراد ليصبحوا أكثر رضا عن أنفسهم وحياتهم وعالمهم ومستقبلهم، عن طريق تنمية قدراتهم ومهاراتهم وتطويرها وإثرائها.

أما علم النفس العيادي فقد نهض بالرسالة الأولى لعلم النفس من حيث معرفة أسباب الأمراض وتشخيصها وفهمها والتدخل العلاجي فيها، بحيث حدث تقدم مذهل في أداء هذه الرسالة خاصة في العقود الأخيرة، فقد أصبح في مقدورنا فحص وقياس وتقدير وتشخيص مفاهيم شديدة الغموض كالفصام والاكتئاب والغضب، وتغير المزاج، والوسواس القهري إلى آخره، وأمكننا معالجتها بحصافة لا تخفى على أحد، واستطعنا التدخل بفعالية – حسب نتائج بحوث العلاج النفسي – فيما يزيد على أربعة عشر مرضا نفسيا (راجع مثلا: روبرت ليهي، ٢٠٠٦: مترجم، ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، مترجم، وليندزاي وبول، ٢٠٠٠، مترجم) وراجع كذلك (Seligman, M., 1994; Barrett & Ollendick, 2004; Kazdin & Weisz, 2003)، ومن ثم فإن الرسالتين الأخريين لعلم النفس، لم تلقيا الاهتمام نفسه، ومن ثم فقد تأخر إنجازهما كثيرا رغم أهميتهما.

ومن أبرز الأدلة العلمية التي تشير إلى صحة هذا الزعم، قدرة بعض العلاجات النفسية – كالعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي متعدد المحاور – على إحراز ضروب من النجاح فاقت جوهريا العلاج الطبي النفسي على المدى الطويل والقصير، وحاول عدد كبير من النفسانيين العياديين منذ فترة وجيزة إجراء تجارب علاجية منهجية دقيقة كان هدفها الوقاية من المرض النفسي ومنعه قبل حدوثه، وحققوا في ذلك نجاحات كبيرة (Evans &

Seligman, 2004; Weissberg et al., 2003).

ولقد حدث انفجار في النصف الأخير من القرن العشرين وحتى اليوم، في البحوث العيادية التي تستهدف الكشف عن أسباب الأمراض النفسية ومختلف أنواع الشذوذ والانحرافات في الشخصية الإنسانية، ومن ثم فقد استطعنا معرفة الجذور الوراثية للاضطرابات النفسية والأمراض العقلية، ومعرفة دور الهرمونات الدماغية والجينات الوراثية التي تنتجها وتنظم أداءها، ومن أبرز هذه الهرمونات الدوبامين Dopamine والسيروتونين (Serotonin, Malhotra et al.,2004; Sen et al., 2004; Turakulov et al., 2004)، كما استطاعت هذه البحوث تحديد دور الضغوط البيئية الحادة، كالانفصال والطلاق، وفقد الوظيفة والعمل، وموت الأعزاء وفراقهم، وتحديد دور الضغوط المزمنة كالفقر والبطالة والتمييز العنصرى، والتعصب والتطرف، في نشأة الاضطرابات والأمراض النفسية. ولذا فقد ازددنا فهما وسيطرة على أحجام التفاعل بين الوراثة والبيئة كسببين أساسيين للإصابة بالأمراض النفسية.

وبالطبع فإن الآثار الجانبية العلمية التي نتجت عن التركيز على الأسباب البيئية والوراثية والفطرية – على الرغم من أهمية معرفة دورها كأسباب للمرض النفسي – تمثلت في الاهتمام بالاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية والوقاية منها والتشخيص، على حساب الاهتمام بالأساليب العلاجية النفسية التي تخلصنا ليس فحسب من هذه الاضطرابات النفسية، ولكنها تبني كذلك أنواعا من المهارات والقدرات والسمات التي تجعلنا أشخاصا أكفاء ومواطنين صالحين لأنفسنا ولأوطاننا ولغيرنا، وهذا هو جوهر ما يدعو إليه علم النفس الإيجابي في الممارسة العيادية، لأن الصحة – حسب رؤية هيئة الصحة العالمية – ليست هي الخلو من الاضطرابات والأمراض النفسية فحسب، ولكنها بالإضافة إلى ذلك الشعور بالسعادة والرضا ، وراحة البال، والتنعم بالحياة، وحب الإنجاز، وتحقيق الذات، وتحقيق الأمن النفسي والمادي.

إن تاريخ علم النفس مليء بالأدلة العلمية التي تشير إلى الاهتمام بكل ما هو سلبي في الشخصية الإنسانية وإلى قلة الاهتمام بما هو إيجابي فيها وما ينبغي أن تكون عليه من كفاءة وإيجابية (Duckworth, Steen and Seligman, 2005, p. 631). على سبيل المثال، إذا تأملنا إجراءات العلاج المعرفي، سنجد أنها تعلم المريض النفسي كيفية تفنيد الأفكار الآلية ودحضها، ولكنها لا تنمي لديه القوى النفسية بلغة سليجمان وسكيزينتميهالي وأصحابهما من رواد هذا الطريق، أي

تنمية خصال الشخصية الإيجابية من قدرات وسمات وخصال ومهارات وتطويرها، الأمر الذي يرسخ الاهتمام الشديد بجوانب الضعف - أو ما يعرف بتثبيت منحى الخطأ Fix what's wrong opproach - على حساب الجوانب الإيجابية في الشخصية الإنسانية. إن مئات الدراسات العلاجية المضبوطة باستخدام العلاج المعرفي - السلوكي، وما يزيد على اثنتي عشرة دراسة استخدمت منهج التحليل البعدي meta - analysis قد قارنت النتائج العلاجية للعلاج المعرفي - السلوكي بكثير من أنواع العلاجات الأخرى، بما فيها العلاجات الطبية النفسية، والحالات التي لم تتلق العلاج النفسي، والتي على قوائم الانتظار، والتي تلقت علاجا نفسيا وهميا، قد أشارت إلى فعالية هذا العلاج في تخليص المرضى النفسيين من الاضطرابات والمعاناة النفسية وعدم الانتكاس - وهذا أمر محمود ومهم جدا - ولكنها لم تتحدث مطلقا عن تنميته للجوانب الإيجابية في الشخصية الإنسانية وتطويرها. [(انظر المراجعة العلمية النقدية القيمة التي كتبها بوتلر وبيك عام ٢٠٠٠(Butler and Beck, 2000).

ولذا فإننا لم نجد إلا عددا قليلا جدا من الدراسات والبحوث الواقعية التي فحصت دور الوجدانات والانفعالات الإيجابية positive emotions وخصال الشخصية الإيجابية (بلغة سليجمان القوى النفسية الإيجابية (positive strengths) في الوقاية من إصابتنا بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية والنفسية الجسمية، وفي علاجها والتخلص من آلامها. كما لم نجد دراسة واحدة تناولت دور اللحظات السعيدة في حياة الإنسان واجتثاثها للحظات التعيسة. كذلك لا توجد دراسات نفسية علاجية فحصت أثر الحس الفكاهي humor كعاطفة أو انفعال إيجابي ودوره كمكون من مكونات العلاج المعرفي السلوكي التكاملي Integrated Cognitive - behavioral therapy (CBIT) في التخلص من الاكتئاب والأعراض الاكتئابية، وبناء أحد جوانب القوة في الشخصية الإنسانية وهو تذوق الحياة وحبها.

ونخلص مما سبق إلى أن علم النفس الإيجابي - كما قدمه مارتن سليجمان عام ١٩٩٨ يهدف إلى توسيع دائرة اهتمام علم النفس الإكلينيكي العلاجي Therapeutic clinical psychology - بحيث يبني جوانب القوة في الشخصية الإنسانية ويطورها بالإضافة إلى تخليص المرضى النفسيين من عاداتهم الشاذة واضطراباتهم النفسية، لأن هذه ببساطة هي أهداف علم النفس الإيجابي. بمعنى آخر إن الممارسة العيادية يجب أن تغير نظرتها للأشخاص المضطربين والشواذ شذوذا سلبيا على إنهم

ليسوا مجرد أشخاصا يعانون دوافع وعادات سيئة مضطربة مدمرة، ولهم طفولة تعيسة، ويعانون الصراعات والتناقضات الذهنية والمزاجية والشخصية، وذوي عقول مختلة، ولكنهم أشخاص يمكن أن يملكون استعدادات وقدرات متماسكة وفعالة، ولهم طموحات إيجابية، وخبرات حياتية مؤثرة، وخصال شخصية إيجابية يمكنها أن تقيهم من الخلل والاضطرابات النفسية والجسمية.

الجذور التاريخية لعلم النفس الإيجابي والأصول العلمية له:

إن أقدم الأصول والجذور التاريخية لعلم النفس الإيجابي تكمن في فكرة مؤداها ((أن الإنسان كمخلوق كريم على الله وعلى نفسه نزل إلى الأرض ليعيش حياة جادة حسنة تحقق له كل طموحاته المشروعة من دون أن يكون ذلك على حساب الآخرين)). ومن ثم أصبح البحث عن هذه الحياة الكريمة " good life" أحد أبرز الأسئلة التي تصدى للإجابة عنها الأديان السماوية وجميع أنواع الفلسفات بعد ذلك. وحاول الإنسان بمختلف ثقافاته وحضاراته أن يصل إلى إجابة صحيحة لهذا السؤال: كيف نعيش حياة كريمة سعيدة؟ وبالطبع بعد ظهور علم النفس كانت له جهود سبقتها إرهاصات دينية وفلسفية خاصة في عصر النهضة بصفة عامة وفي القرون الثامن عشر والتاسع والعشرين. وظل الحال على هذا المنوال بحيث كان يرى بعض الفقهاء أن الحياة السعيدة تكمن في القناعة والرضا بالقليل والإنتاج والإنجاز والتدين وعمل الصالحات، بينما رأى الفلاسفة أن السعادة تكمن في الحرية، وآخرون رأوا أنها تكمن في معرفة الحقيقة حدسيا، أو حسيا، أو فكريا، أو في الإشباع المادي، أو في الإشباع النفسي، إلى أن ظهر علم النفس في أواخر القرن التاسع وبدأت تظهر إسهاماته الحقيقية في القرن العشرين، وقدم مذاهب ومدارس كالتحليل النفسي والسلوكية والبنائية المعرفية، والإنسانية الوجودية، والظواهرياتية، طرحت تفسيرات نفسية للحياة السعيدة الكريمة والخبرة الإنسانية بشكل عام.

ومن ثم أصبح الجذر التاريخي الثاني لعلم النفس الإيجابي هو إسهامات بعض فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية في تشكيل تراكم لا بأس به انطلق منه هذا العلم، ومن أهم هذه الإسهامات: تأثير إسهامات سيجموند فرويد S.Freud (1933- 1977) وآرائه حول مبدأ السرور (اللذة أو المتعة) The pleasure principle، وأفكار كارل يونج (Yung 1955) حول مبدأ الكمال الشخصي والروحي personal and spiritual whaleness. وتنظير آدلر Adler (1979) حول الجهاد أو الكفاح الفردي المدفوع

باهتمامات وميول اجتماعية individual striving، وأعمال فرانكل Frankl (1984) في البحث عن المعنى في ظل أسوأ ظروف الحياة حزنا وهما وكآبة.

أما الجذر الثالث فيتمثل في إسهامات علم النفس الإنساني humanistic psychology. وهي الإسهامات التي بلورت وجهة النظر الأساسية لهذا العلم في البحث عن الذات وأهمية الخبرات الإنسانية الإيجابية positive human experience في الحفاظ على الإنسان ووقايته من الإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وتنشيط جهاز المناعة لديه. وفي إصدار خاص لمجلة علم النفس الإنساني Journal of humanistic psychology دار هذا العدد الخاص كاملا حول الجذور التاريخية لعلم النفس الإيجابي، عبر كل مراحل تطور علم النفس الإنساني (راجع المقال المهم لريزنيك وزملائه (Resnick et al.,2001). فيرى ريزنك Resnick وزملاؤه – وفقا لهذه المراجعة العلمية التاريخية القيمة لجذور علم النفس الإيجابي في علم النفس الإنساني – أن الأسس العلمية لعلم النفس الإيجابي تكمن في كتابات كارل روجرز C.Rogers وأبراهام ماسلو A. Maslow، وهنري موراي H. Murray، وجوردون ألبورت G. Allport، وروللوماي R. May، وما طرحوه خلالها من أسئلة تكاد تمثل المشكلات والأسئلة ذاتها التي يطرحها اليوم علم النفس الإيجابي والمنشغلين به (Sheldon & Kasser, 2001) . وكان أبرز هذه الأسئلة والمشكلات: ما المقصود بالحياة الكريمة السعيدة ؟ ومتى يكون الأفراد في قمة السعادة في حياتهم ؟ وكيف يمكننا تطوير خصالنا الإيجابية وتطوير خصال الآخرين لنحيا حياة سعيدة؟ وما الذي نعنيه بقولنا إنك يمكن أن تكون شخصا يعتمد عليه وجدير بالتصديق ويوثق بك؟ وكيف يستطيع المعالجون النفسيون بناء المسئولية الشخصية personal responsibility? إن العلاج المتمركز حول الإنسان الذي طوره كارل روجرز انبثق من اعتقاده بأن الأفراد لديهم القوة للانطلاق من الإيجابي وتنشيط أنفسهم نحو الإنتاج والأداء المتقن إذا ما استطاعوا اكتشاف ذواتهم الحقيقية الأصيلة authentic selves، واستطاعوا التعبير عنها. (Rogers, 1961). أما أبراهام ماسلو فقد انصب اهتمامه الأساسي على العمليات النفسية psychological process التي يمكن للأفراد عن طريقها توكيد أو تحقيق ذواتهم ومن ثم التوصل إلى أعلى درجات تنمية مواهبهم وخصالهم الشخصية أو قواهم النفسية. وينظر أبراهام ماسلو إلى هذه المواهب والقوى النفسية على إنها السمات الشخصية للفرد الذي استطاع تحقيق ذاته، وهذه المواهب والقوى النفسية التي تحدث عنها أبراهام ماسلو، هي الشغل

الشاغل للباحثين في علم النفس الإيجابي الآن(Peterson & Seligman, 2004) وهذه المعلومات التاريخية هي خلاصة ما طرحه أبراهام ماسلو في فصل جعل عنوانه " نحو علم نفس إيجابي "كان ضمن فصول كتاب أو مصنف ضخم يسمى" المصنف في الدافعية والشخصية " Handbook of motivation and personality, 1954 " (اقتباس نقلناه عن: Resnik et al., 2001).

على أية حال، نحن على يقين من أن الباحثين في علم النفس الإيجابي يستطيعون الآن فحص نظريات علم النفس الإنساني واختبارها على محك الواقع مستفيدين من التقدم الهائل الآن في مناهج البحث في علم النفس. وهناك أدلة علمية قوية تشير إلى أهمية علم النفس الإنساني في تقدم علم النفس الإيجابي وبنائه على أرض علمية صلبة؛ فقد أظهرت البحوث العلمية في موضوع الدافعية من وجهة النظر الإنسانية مساندتها بشدة لدور هذا المفهوم المحوري في علم النفس الإيجابي (Deci & Ryon, 2000; 2002; Sheldon & Elliot, 1999). كما أظهرت البحوث الراهنة التي استخدمت النمذجة السببية وتحليل المسار في دراسة الدافعية أن تطور الشخصية الإيجابية ونموها يحدث عندما تتسق أهداف الأفراد مع قيمهم ومعتقداتهم (Sheldon & Houser – Marks, 2001). وأفصحت هذه الدراسات كذلك عن أن معدلات هذا التطور والنمو تزداد مع زيادة التنعم والشعور بحسن الحال well- being، وزيادة التوافق النفسي الاجتماعي، وتحسن القدرة على التركيز ومواصلة الاتجاه وبذل الجهد والتنبؤ بالإصرار على تحقيق أهدافهم في المستقبل (Sheldon & Elliott, 1998, 1999) .

ولا ننسى الجذر التاريخي الرابع، ولكنه جذر حديث إلى حد كبير بلغة علم التاريخ، ويتمثل في الكتاب الرائع الذي أصدرته "ماري جاهودا" Marie Jahooda عام ١٩٥٨. وهي من العلماء الذين عاصروا كارل روجرز وأبراهام ماسلو، وهو كتاب المفاهيم المعاصرة للصحة النفسية الإيجابية Current Concepts of positive mental health، وهو كتاب يمثل دراسة حالة حقيقية لأسس الفهم العلمي للتنعم النفسي psychological well- being وليس مجرد غياب الكرب النفسي والمعاناة منه، وقد اعترف بيترسون وسيليجمان أن الرؤية العلمية التي طرحتها ماري جاهودا في مسألة الصحة النفسية الإيجابية تعد إحدى اللبنات الأساسية في حركة تأسيس علم النفس الإيجابي حتى اليوم ومستقبلا. وأردفا يقولان، إنها لم تضع – تاريخيا– أحد أسس علم النفس الإيجابي وواحدا من أهم أصوله فقط عام ١٩٥٨، ولكنها أمدتنا كذلك بإطار Framework عمل شارح لفهم

مكونات الصحة النفسية (بالإضافة إلى فهم المرض النفسي والعقلي). فهي قد طرحت – وفقا للفترة التي ظهر فيها إسهامها في علم النفس – ستة عمليات ترى أنها تساهم في إحداث حالة الصحة النفسية، هي: تقبل الفرد لذاته acceptance of oneself، وعملية النمو والتطور كقاعدة للمستقبل growth / developmental / becoming أو البزوغ والنبوغ، وتكامل الشخصية personality integration، والاستقلالية Autonomy أو الحرص على التفرد، والإدراك الدقيق للواقع accurate perception of reality، والسيادة أو السيطرة على البيئة environmental mastery أو البراعة والتفوق أو التمكن البيئي.

وفي الفترة بين الستينيات وطوال تسعينيات القرن العشرين، أجرت كارل ريف وزملاؤها (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singez, 1996, 1998) مسحا علميا كان الهدف منه تحديد مختلف النظريات، أو العمليات النفسية الأخرى، التي يمكن النظر إليها على أنها تندرج ضمن المكونات النفسية للحياة السعيدة أو الصحة الإيجابية نفسيا أو التنعم. وانتهوا إلى وجود ستة عمليات نفسية متباينة مع العمليات النفسية الست التي طرحتها جاهودا مسبقا ومتداخلة معها في الوقت نفسه، الأمر الذي مهد الطريق لتطوير أدوات قياس تقوم على التقرير الذاتي لقياس هذه العمليات النفسية الست ونقيضها أو العمليات النفسية ثنائية الأقطاب، كالامتلاء أو الثقة بالنفس في مقابل الخور أو الاستكانة النفسية، ومهد ذلك بدوره لإجراء بحوث علمية رصينة في هذه الأيام تكشف عن متعلقات الصحة النفسية أو التنعم الإيجابي (الارتباطات)، وأسبابها، والنتائج الإيجابية المترتبة عليها (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

أما الجذر التاريخي الخامس والأخير، ولكنه هذه المرة جذر تاريخي معاصر، فيتمثل في أعمال كوكبة من علماء النفس المتخصصين في التعلم الاجتماعي والشخصية وفي علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي، وهي أعمال علمية شديدة الدقة والصرامة فحصت الخبرات النفسية والإنسانية والإيجابية في السياق الاجتماعي المعرفي وفي السياق الشخصي، وأبرزهم ألبرت باندورا (A. Bandura 1989) ودراساته في فعالية الذات self-efficacy، ودراسات وينر Winner الموسعة في الموهبة Giftedness والعبقرية Genius، والتفوق.(Winner, 2000) ، وما طرحه جاردنر، وفؤاد أبو حطب (١٩٨٥ – ١٩٩٨) والوفي وزملاؤهم حول التصورات العلمية المتعددة للذكاء (Gardner, 1983; Salovey, et al., 2002). والجهود الرائعة لعالم النفس

ستيرنبرج ونظريته في الذكاء ثلاثي الأبعاد (Sternberg, 1985).

وإن ننسى لن ننسى جهود الباحثين في علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي في إرساء قواعد علم النفس الإيجابي، خاصة دراساتهم الدقيقة في مجالات الوقاية والسلوك الصحي Health behavior، والاعتقادات الصحية، والدراسات الموسعة حول وفي موضوع نوعية الحياة السعيدة الإيجابية positive quality of life بين العاديين من البشر في مقابل المرضى النفسيين (Levitt et al., 1990). وكذلك الدراسات التي مثلت كل النقاط التي تقع على طول وبين طرفي متصل الخبرة الإنسانية الإيجابية – السلبية، وغطت كل الشرائح الاجتماعية في أي مجتمع، بل وحتى التلاميذ في فصولهم الدراسية وحتى الآخرين الذين يترددون على حجرات الاستشارة النفسية وعياداتها. وكان من طليعة الباحثين الذين طبقوا مفاهيم أقرب ما تكون لمفاهيم علم النفس الإيجابي في برامج الوقاية prevention programs التي تنطلق من نظريات العافية أو التمتع بالصحة الإيجابية Wellness، آلبي Albee (1982)، وكوين (1994) Cowen، بالإضافة إلى هايز Hayes وزملائه (Black ledge & Hayes, 2001; Hyes etal., 1999) الذين وضعوا وطوروا أساليب علاجية تساعد الحالات المرضية على التخلص من المعاناة النفسية بالإضافة إلى تنمية الشخصية الإيجابية التي تقيهم من الانتكاس وتجعل منهم أشخاصا سعداء أكفاء اعتمادا على تمثلهم لقيمهم الإيجابية، وتطوير كفاءتهم الذاتية، وتحسين نوعية حياتهم، وتوظيف أساليب تفكيرهم الإيجابية التفاؤلية. واستطاع الباحثون في علم النفس الإكلينيكي وفي الطب النفسي والعصبي اكتشاف الأسس الحيوية Biological Bases للحياة السعيدة أو التنعم well - being والخبرة الإنسانية الإيجابية، فقد انتهى تايلور وزملاؤه من مجموعة من البحوث (Taylor et al., 2000; 2002) إلى أن السيدات يستجبن للضغوط عن طريق الخروج والبحث عن صديقاتهن وأصدقائهن الذين يكونون ضمن شبكة علاقاتهم الاجتماعية ويدفعهن إلى هذا السلوك الاجتماعي هرمونات دماغية محددة تنظم العواطف والانفعالات الإيجابية positive emotions تنظيما جزئيا، من أبرزها هرمون الأكسيتوسين Exytocin وإنزيمات أو آليات الهضم الداخلية endogenous opioid peptides، كما استطاع دافيسون وزملاؤه (Davison, 2000; Davison et al, 2000) تحديد الأسس اللحائية Cortical and subcortical substrates للعواطف والانفعالات الإيجابية.

وأجرى بورتون Burton وكينج King (٢٠٠٤) دراسة علاجية استخدما فيها تصميم المجموعة التجريبية العشوائية ومجموعة العلاج النفسي الوهمي الظابطة a random – assignment placebo – controlled design بهدف اختيار تأثير التدخل الإيجابي بالكتابة على تعديل المزاج والصحة البدنية physical health لدى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. واستمرت التدخلات الإيجابية لمدة ثلاثة أيام متتابعة بواقع عشرين دقيقة يوميا. أعطيت المجموعة التجريبية تعليمات بكتابة موضوع أو فقرات مكثفة عن الخبرات الإيجابية، أما المجموعة الضابطة فقد طلب منهم الكتابة عن بعض الموضوعات المحايدة (مثل البرنامج اليومي لهم، ووصف حجرات نومهم، ووصف أحذيتهم وشنطهم). وانتهت النتائج إلى أن معايشة المجموعة التجريبية للخبرات الإيجابية رفعت لديهم معدلات السعادة لفترة زمنية قصيرة، وتغير المزاج الكئيب إلى المزاج السعيد، ولكن لسوء الحظ لم يقس الباحثان تغير المزاج الإيجابي بعد كتابة الخبرات الإيجابية في اليوم الثالث للتجربة، ومع ذلك أقر عدد كبير من المشاركين في المجموعة التجريبية أنهم لم يراجعوا مركز الصحة البدنية لمدة ثلاثة شهور بعد انتهاء التجربة العلاجية.

ووجد إيمونز Emmons وماكاللوه McCullough (٢٠٠٣) أن المشاركين (كمجموعة تجريبية) الذين تم تعريضهم عشوائيا لبرنامج علاج نفسي إيجابي يقوم على خصلة الاعتراف بالفضل gratitude أظهروا زيادة جوهرية في الوجدان الإيجابي positive affect بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وكانت المهمة المطلوبة منهم بالتحديد هي كتابة خمسة أشياء أو مواقف كانوا ممتنين Thankful وشاكرين جدا جهود من قاموا بها، وطلب منهم القيام بهذا الواجب أسبوعيا ولمدة عشرة أسابيع. وطلب من المجموعة الضابطة الكتابة إما عن بعض المشاحنات اليومية أو عن بعض أحداث الحياة العادية (المحايدة لا سارة ولا مكدرة). ثم طلب من المشاركين في كلتا المجموعتين أن يقدروا على مقياس شدة يتراوح بين – ٣ مزعج جدا إلى +٣ سار جدا أسبوعيا درجة المتعة أو السرور خلال الأسبوع المنصرم، وكيف كانت حياتهم، ويقدروا على مقياس التفاؤل – التشاؤم تتراوح شدته بين -٣ و+٣ كيف يتوقعون ما الذي ستكون عليه حياتهم في الأسبوع المقبل، ويقدروا على مقياس للعزلة – التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين تتراوح شدته بين -٣ و+٣. وبالمقارنة مع المجموعة الضابطة، كان المشاركون في المجموعة التجريبية الذين عملوا تحت ظروف الامتنان

والاعتراف بالفضل، قد أقروا بأن مشاعرهم الإيجابية والسارة حول الحياة أفضل، وأقروا بأنهم أكثر تفاؤلا فيما يتعلق بالمستقبل القريب (الأسبوع القادم)، وأكثر تفاعلا بشكل إيجابي مع الآخرين. كما أظهروا مزيدا من الوجدان الإيجابي وقليلا من الوجدان السلبي (وفقا لقياسه على استخبار للوجدان يتكون من ثلاثين بندا).

وفي دراسة تتبعية تم جمع السجلات اليومية للامتنان والاعتراف بالفضل على مدى أسبوعين، وهي كتابات إيجابية طلبت من المشاركين في المجموعة الضابطة وخاصة الكتابات التي تدور حول أساليبهم التي يتبعونها ليصبحوا أفضل وأكثر سعادة من غيرهم. قد جمع الباحثون تقارير المشاهد observer للمشاركين، بالإضافة إلى السجلات اليومية السابقة حول الوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، والرضا العام عن الحياة. وأكدت هذه الدراسة نتائج الدراسة السابقة، وأشارت تقارير المشاهد إلى أن المشاركين كانوا أكثر رضا عن حياتهم وأكثر سرورا ومتعة بالوجدان الإيجابي (ولكن لم تقل درجاتهم على الوجدان السلبي).

وفحص لوبوميرسكاي وزملاؤه Lyubomisky et al. (٢٠٠٥) كفاءة التدخل "بأسلوب تعدد النعم count your blessings". قارن الباحثون في هذه الدراسة بين المشاركين في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث طلب من المشاركين في المجموعة التجريبية أن يعددوا النعم التي يعيشون فيها مرة أسبوعيا أو ثلاث مرات أسبوعيا. وفي نهاية الأسبوع السادس من الدراسة، تبين أن المشاركين الذين عددوا هذه النعم مرة واحدة أسبوعيا كانوا أكثر سعادة ممن عددوها ثلاث مرات أسبوعيا ومن المشاركين في المجموعة الضابطة. وفسر الباحثون هذه النتيجة في ضوء فلسفة أن "الأقل أشد تأثيرا من الأكثر"، بمعنى أن خلق التعود في التدخلات الإيجابية يقلل الفعالية والتأثير خاصة في مواقف الشعور بالسعادة. إذن السعادة مرتبطة بالتحديد واختلاف المعلومات التي تبث مشاعر السعادة والرضا عن الحياة.

وفي دراسة أخرى استمرت ستة أسابيع أجراها لوبومير سكاي وزملاؤه (٢٠٠٥)، على مجموعتين من الطلاب الذين يعانون بعض الأعراض الاكتئابية، طلب من المجموعة الأولى القيام بإسداء المعروف "acts of kindness" لآخرين في يوم واحد، وطلب من المجموعة الثانية أن يسدوا المعروف لآخرين خمس مرات على مدى أيام الأسبوع السبعة. وأشارت النتائج إلى أن طلاب المجموعة الأولى أصبحوا أقل اكتئابا من الثانية وأكثر سعادة. وتكرر التفسير نفسه أن الأكثر كثافة أشد تأثيرا من الناحية الإيجابية، وعكس ذلك درجات

أفراد المجموعة الأولى على مقياس السعادة الذاتية ذي الأربعة بنود four – item subjective happiness scale للباحث وبوميرسكاي. وفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الوقت الذي كان يمر بين أداء المعروف والآخر على مدى الأسبوع كان يمنع التعود على السعادة، مما يؤيد فكرة التدخل والعلاج المكثف في مقابل العلاج الإيجابي طويل المدى.

وفي دراسة أجراها سليجمان وستين وبترسون (٢٠٠٦) على شبكة المعلومات وفقا لتصميم المجموعة الضابطة التي تقوم بمهام في مقابل المجموعة التجريبية العشوائية التي تقوم بمهام حقيقية random – assignment placebo – controlled Internet study على ٤٧١ مشاركا تم اختيارهم عشوائيا، وتم تقسيمهم عشوائيا كذلك إلى مجموعتين، الأولى هي التجريبية وقامت بخمس مهام إيجابية حقيقية، والثانية كانت المجموعة الضابطة التي قامت بتمرين وهمي. ووفقا للقياس القبلي – البعدي، أجاب كل المشاركين في المجموعتين على استخبارين للسعادة والاكتئاب (مقياس ستين Steen للسعادة واستخبار مركز الدراسات الانتشارية للاكتئاب) قبل تطبيق التدخلات الإيجابية وبعد تطبيقها بعد أسبوع، وبعد أسبوعين، وبعد شهر، وبعد ثلاثة أشهر، وبعد ستة أشهر تلت الانتهاء من التدريب على كل المهمات الإيجابية الخمسة. وكان التمرين الإيجابي الأول يسمى "القيام بثلاثة أمور إيجابية Three good things" شبيهة تماما بالمهام التي قدمها سابقا لوبوميرسكاي وزملاؤه (٢٠٠٥) وكذلك إيمونز وماكللوه (٢٠٠٣)، حيث طلب من مشاركي المجموعة التجريبية في هذا التمرين أن يكتبوا كل يوم ولمدة أسبوع شيئا عن ثلاثة أمور إيجابية حدثت لهم وما سبب حدوثها. أما التمرين الإيجابي الثاني فقد ركز على التعبير عن الاعتراف بالفضل وزيارة الشخص الذي نعترف له بهذا الفضل، حيث طلب من المشاركين في المجموعة التجريبية كتابة خطاب شكر ويحددون موعدا مع من سيوجهون له هذا الخطاب ويقرأونه عليه بصوت مرتفع. وركز التمرينان الرابع والخامس على إدراك القوى (الخصال) الشخصية – من قبيل حب الفضول curiosity، والإخلاص Loyalty، والسماحة generosity، وإسداء المعروف Kindness، والروحانية Spirituality – التي يتم تحديدها عبر الأداء على بطارية القيم أو القوى الشخصية الراهنة (التي تم وصفها في موضع آخر عند تحديد كيفية قياس القوى النفسية أو الخصال الشخصية (الصبوة، ٢٠٠٨). ويطلب من المشاركين في التمرين الثالث أن يجيبوا عن بنود قائمة القوى الشخصية الراهنة ثم يتلقون مردودا

feedback عن أشد قواهم الشخصية وأفضلها. كما كانوا يتلقون مردودا في التمرين الرابع الذي يسمى "وظف قواك الشخصية using your strengths" حول أفضل قواهم الشخصية وأشدها، ويطلب منهم توظيف قوة خصلة شخصية أخرى بطريقة جديدة يوميا ولمدة أسبوع. وأخيرا يقدم للمجموعة الضابطة تمرينا يطلب منهم فيه الكتابة عن ذكرياتهم المبكرة (التي حدثت في الطفولة مثلا) كل ليلة ولمدة أسبوع.

وبغض النظر عن طبيعة التمرين أو المهمة الإيجابية المكلفين بها، كان كل المشاركين – بما فيهم أفراد المجموعة الضابطة – أكثر سعادة وأقل اكتئابا بعد التدخل الإيجابي مباشرة، الأمر الذي يلقي الضوء على أهمية تصميم المجموعة التجريبية العشوائية في مقابل المجموعة الضابطة بتدخل وهمي بقياس قبلي – بعدي، خاصة إذا ما أراد الباحثون استخدامه مستقبلا.

وبعد مرور أسبوع من التدخل، عاد مشاركو المجموعة الضابطة الذين تلقوا تدخلا إيجابيا وهميا إلى مستويات خط الأساس بالنسبة للسعادة وأعراض الاكتئاب، واستمروا على هذا النحو حتى الشهر السادس للدراسة، أي في فترة المتابعة. كما أظهر المشاركون الذين كلفوا بمهمة "أنت وأحوالك السعيدة you at your best"، حيث طلب منهم كتابة قصة حول أحوالهم عندما يكونون في أحسن أحوالهم السعيدة، أظهروا المستويات نفسها لدى مجموعة التدخل الوهمي الضابطة، حيث حدثت زيادة في معدلات السعادة وانخفاض في الأعراض الاكتئابية بعد التدخل الأول مباشرة وسرعان ما انتكسوا وظلوا على هذا الحال حتى القياس البعدي الأخير في فترة المتابعة.

أما مجموعة الزيارة لتقديم الشكر والاعتراف بالفضل فقد استمر التحسن لديها على عكس المجموعتين السابقتين – التدخل الوهمي وأنت في ظل أحوالك السعيدة – خلال الشهر الأول في فترة المتابعة، حيث كانوا أكثر سعادة بشكل جوهري، ولكن لم تقل أعراض الاكتئاب شأنهم في ذلك شأن المجموعة الضابطة، ومع مرور الوقت لم تختلف معدلات السعادة لديهم شأنهم في ذلك شأن المجموعة الضابطة.

كما لم يكن المشاركون في مجموعتي "وظف خصالك الشخصية، والأمور الحسنة الثلاثة" أكثر سعادة وأقل اكتئابا من المشاركين في المجموعة الضابطة التي طلب منها استرجاع الذكريات القديمة، وذلك حتى القياس البعدي الأول، ولكنهم كانوا أكثر سعادة وأقل اكتئابا بشكل جوهري من المجموعة الضابطة في القياس البعدي بعد شهر، وبعد ثلاثة

شهور، وستة شهور كفترات للمتابعة. وعلى عكس نتائج مجموعة تقديم الشكر والاعتراف بالفضل – التي أنهت مهمة التدريب الإيجابي بمجرد تلاوة خطاب الشكر – فإن مجموعتي توظيف خصالهم الشخصية الإيجابية، وكتابة ثلاثة أمور حسنة، تطلبت مهامهم الاستمرار في التدريب، وبذل جهد يومي على مدى الشهور الستة للدراسة، ومن ثم استمر تحسنهم، وأظهر التحليل الوسيط mediation analysis أن المشاركين الذين استمروا في أداء التمرينات بإرادتهم لم ينتكسوا واستمر تحسنهم وخبراتهم الإيجابية.

وفيما يلي دراستان فقط، إحداهما استخدمت التدخلات الإيجابية العلاجية لدى بعض الحالات المرضية التي وضع لها تشخيص عيادي clinical diagnosis، والأخرى كانت دراسة وقائية من منظور علم النفس الإيجابي. أجريت الدراسة الأولى على ستة عشر مريضا من مرضى الاكتئاب الأساسي الذين حصلوا على عشرين درجة فأكثر على قائمة بك للاكتئاب، وعلى أربع عشرة درجة فأكثر على مقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب، ومن ثم فقد كانت الدراسة على مجموعة تجريبية صغيرة الحجم ولا يقابلها مجموعة ضابطة، تم استخدام العلاج بالقراءة bibliotherapy عليها، حيث كان يطلب من كل مريض أن يقرأ يوميا وطوال فترة العلاج بالقراءة نصوصا مفيدة تعمل على زيادة سعادتهم ورضاهم عن الحياة في مجالات الصحة، وتقدير الذات، وتحقيق الأهداف، واحترام القيم، والمال، والعمل، واللعب، والتعلم، والإبداع، والحب، والمساعدة، والأصدقاء، والأطفال، والأقارب، والبيت، والجوار، والمجتمع. وكان المرضى يلتقون بالمعالج النفسي الإيجابي أسبوعيا ولمدة خمسة عشر أسبوعا لمناقشة القراءات التي كلفوا بها (Frisch, 1994)، وبعد خمسة عشر أسبوعا تحسن ثلاثة عشر مريضا من أصل ستة عشر مريضا، بحيث لم تعد تنطبق عليهم معايير تشخيص الاكتئاب ومحاكاته طبقا لدرجاتهم على قائمة بك ومقياس هاملتون للاكتئاب. واستمر هذا التحسن لدى اثني عشر مريضا منهم بعد أسبوع من المتابعة. (Grant et al., 1995).

أما الدراسة الثانية فقد طرحت الأسس النظرية لعلم النفس الإيجابي في الوقاية من الإصابة باضطرابات الأكل (Steck et al., 2004, pp.111-117)، كما وضعه سليجمان وسكيزنتميهالي. ويفترض الباحثون أن علم النفس الإيجابي يبحث دور الخبرات الذاتية الإيجابية كالسعادة والشعور بالرضا وشكر النعمة، وخصال الشخصية البنائية Constructive، ومؤسسات التطبيع الاجتماعي الإيجابية

(كالأسرة والجيران والمسجد والنادي والمدرسة والجامعة) في زيادة فعالية الأفراد الذين لديهم استعداد للمعاناة من الاضطرابات النفسية المترتبة على الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي بحيث لا يقعون فريسة لها. وقدم الباحثون مراجعة علمية دقيقة لهذه المتغيرات، كل منها على حدة، في التنمية الإيجابية للذات والوقاية من الإصابة باضطرابات الأكل.

مستقبل البحوث في الوقاية والعلاج أو التدخل النفسي الإيجابي:

يبدو أن العلاج النفسي الإيجابي والممارسة العيادية في ضوء منجزات علم النفس الإيجابي سارت على النهج نفسه الذي سارت عليه معظم فروع علم النفس، وهو التقدم شيئا فشيئا وبحذر شديد، ولذا فإننا وجدنا أن معظم دراسات التدخل الإيجابي التي راجعناها في الفقرة السابقة، كانت دراسات على عينات غير عيادية non- clinical من ناحية، وحاولت تقييم فعالية هذه النوعية الجديدة من التدخلات الإيجابية من ناحية أخرى. في حين لم نجد – في حدود المراجعة التي قام بها كاتب هذه السطور – إلا دراستين قد أجريتا على عينات عيادية تنطبق عليها المحكات التشخيصية. وأيا كان الحال، فإن نتائج بعض هذه الدراسات قد أشارت إلى وجود بعض الآثار المفيدة للتدخلات الإيجابية، والتي تمثلت في مجملها في زيادة معدلات السعادة، وانخفاض معدلات الاكتئاب والأعراض الاكتئابية. وهذا أمر متوقع ولا يثير الدهشة لأن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين معدلات السعادة والأعراض الاكتئابية تتراوح بين (-٠,٢ و -٠,٥) (Abdel-Khalek, 2005 ; Cummins & Nist, 2002; Maltby, Lewis & Day, 1999 ; Rashid & Seligman, 2006). لكن الجديد في نتائج هذه الدراسات، على الرغم من كونها دراسات أجريت على عينات غير إكلينيكية، أنها تفترض بقوة أن هناك طريقا واحدا للتخلص من الاكتئاب النفسي، يكمن هذا الطريق في بناء وجدان إيجابي building positive emotion واتجاه إيجابي نحو الحياة الجادة المثمرة المنتجة، وفي إيجاد معنى لهذه الحياة وأهداف نفسية من أجل تحقيقها. ومن ثم فإن السؤال المحوري لمنجزات علم النفس الإيجابي ودورها في العلاج النفسي الإيجابي أو في التدخل الإيجابي مؤداه: إذا كان الباحثون الآن قد أثبتوا علميا وجود فائدة من التدخلات الإيجابية لدى العينات غير العيادية، فهل يستطيعون في المستقبل تصميم بحوث علاجية تقوم على التدخلات الإيجابية، تمكنهم من بناء الوجدان الإيجابي والحياة السارة المثمرة ذات المعنى التي تخلص المشاركين الذين شخصوا على أنهم مرضى نفسيين إكلينيكيين أو تحت إكلينيكيين sub- clinical participants من

الاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية وبشكل مباشر؟

يبدو أن هناك بعض التفاؤل يلوح في الأفق العلمي، بسبب وجود بعض الدراسات التي أجريت على بعض العينات الطبية النفسية الإكلينيكية clinical psychiatric sample وأحرزت تقدما في هذا الاتجاه، ففي دراسة تجريبية علاجية عشوائية، أجراها باركز parks وسليجمان (٢٠٠٤) لتقييم قدر فعالية برنامج للتدخل الإيجابي لمدة ستة أسابيع يتكون من ستة تمرينات صممت بهدف زيادة السرور والسعادة، والانغماس في النشاط المثمر المنتج، والمعنى كوسيلة لعلاج الأعراض الاكتئابية لدى راشدين شباب يعانون الاكتئاب الحاد يتراوح بين الخفيف والمتوسط. وكانت النتائج واعدة، حيث أشارت إلى أن المشاركين الذين تلقوا تدخلات إيجابية حصلوا على درجات على قائمة بك للاكتئاب تقل ست درجات عن أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا هذه التدخلات الإيجابية، وذلك في نهاية التجربة العلاجية. كما زادت معدلات السعادة لدى مرضى اكتئاب بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ولكن لم تصل الفروق إلى حد الدلالة، وكذلك الحال انخفضت معدلات القلق ولكن بشكل غير جوهري. ويحاول الباحثان الآن دراسة جدوى التدخلات الإيجابية وفعاليتها في الوقاية من الانتكاس والمعاناة من الاكتئاب مستقبلا.

ويرى كاتب هذه السطور أنه يجب على المعالجين النفسيين الذين سيجرون تجاربا وبحوثا علاجية من منظور علم النفس الإيجابي في المستقبل ضرورة الجمع بين المهمات والتمرينات الإيجابية، ولا يستخدمونها فرادى ومنعزلة عن بعضها بعضا كما كانت الحال في كل الدراسات التي عرضنا لها في هذا البحث بصفة عامة والدراسات التي أجريت على المرضى الاكتئابيين بصفة خاصة حتى يتعاظم تأثيرها. ونرى أن أي برنامج علاجي من منظور علم النفس الإيجابي إذا بدأ بتمرين لرفع الدافعية وبث الحيوية والأمل والنشاط الشديد، مثل تمرين كتابة خطاب اعتراف بالفضل والقيام بزيارة لمن سيتلون عليه هذا الخطاب بصوت مرتفع، وهو التمرين الذي تم استخدامه من قبل سليجمان وستين وبترسون، وكان أقوى التمرينات من حيث أثره الإيجابي، ربما يدفع المرضى النفسيين للالتزام بأداء التمرينات الإيجابية الأخرى بالتزام وثقة شديدين من أجل بناء الوجدان الإيجابي، وخصال الشخصية الإيجابية، والوعي بأشكال السعادة التي تتراكم داخلهم يوميا. ونرى كذلك – كاقتراح آخر – أن يبدأ المعالج النفسي الجلسة بمقدمة يبين فيها للمريض إن العلاج النفسي الإيجابي

يقتضي نجاحه ضرورة القيام بالتمرينات الإيجابية جميعا تلو بعضها بعضا، وليس في شكل تمرينات منعزلة في جلسات منفصلة، وإلا لن يحدث التراكم المطلوب من الشعور بالسعادة، وهو الانفعال الذي سيزيح المرض النفسي جانبا، ويحرصون على ضرورة فحص فعالية هذه الاجراءات العلاجية مبكرا باستخدام اختبارات القوى النفسية أو الخصال الشخصية الإيجابية واستخبارات الرضا عن الحياة والسعادة وما شابه ذلك.

ونقترح كذلك نوعا من العلاج النفسي الإيجابي متعدد المحاور – Multi positive psychological therapy، يجمع بين تمرينات التدخل الإيجابي والعلاج المعرفي – السلوكي – cognitive Behavioral therapy، لأن الأولى تبني الشخصية الإيجابية الفعالة حتى لو كان المشاركون في الدراسة مرضى نفسيين، والثاني يقتل الاكتئاب والقلق وغيرها ويمنع الانتكاس. ناهيك إذا جمعنا مع هذه الحزمة العلاجية، العلاج بالأدوية النفسية المضادة للاضطراب النفسي.

وتقتضى النظرة المستقبلية للممارسة المهنية والعلاج النفسي في ضوء منجزات علم النفس الإيجابي، أن نذكر الباحثين في هذا المجال، وكذلك القراء، بضرورة تأمل معنى السعادة وطبيعتها ومصادرها في حياتنا، وأفضل الأساليب والاستراتيجيات التي يمكن أن تبنيها داخلنا، وتجعلها تتراكم في النفس البشرية حتى تزيح عن كاهلها المعاناة من الاضطرابات النفسية. وضرورة الاهتمام بتصميم مهام للتمرينات الإيجابية تكون أكثر واقعية وارتباطها بحالة المريض ونوعية مرضه، ويكون من شأنها بناء الوجدان الإيجابي والخصال الشخصية الإيجابية، والرضا عن الحياة وإدراكها بشكل إيجابي. وهم حين يجتهدون من أجل القيام بفعل التأمل هذا، سيكتشفون أن السعادة الحقيقية تمتد جذورها بعمق في الدين بصفة عامة والإسلامي منه بصفة خاصة، وفي الفلسفة الدينية، وعلم الأخلاق، والفلسفة الأخلاقية، وفي الأصول التربوية، ومن ثم يكون من الضروري جدا استلهام التمرينات العلاجية الإيجابية من هذه المصادر شديدة التأثير إيجابيا في النفس الإنسانية. وهذه ليست وجهة نظر كاتب هذه السطور فقط، ولكن هناك كتابات معاصرة تؤيدها (راجع مثلا: Cowen & Kilmer, 2002) ستجدهما يدركان أن العالم والإنسانية بعد أن جربت كل الحلول المادية ولم تحصل على حظها من السعادة المبتغاة، اتجهت إلى الحلول الروحية والأخلاقية. وتصحيحا لهذا الوضع العلمي، يرى كاتب هذه السطور ضرورة الجمع في العلاج الإيجابي بين ما هو مادي وما هو رمزي ودلالي أو أخلاقي، لأن النفس البشرية بها كل هذه المكونات.

وأخيرا وليس آخر، وتلخيصا لرؤيتنا لعلم النفس الإيجابي ودوره في الوقاية وتنمية السعادة بصفة عامة وعلم العلاج النفسي بصفة خاصة، نرى أنه علم يحاول أن يتجاوز ما هو قائم وكائن اليوم إلى ما ينبغي أن يكون مستقبلا، ومن ثم فهو علم يرى أن مهمة المعالج النفسي ينبغي ألا يكرسها فقط في تخليص المريض النفسي من معاناته وكل ما يسمى بالانفعالات السلبية والتعاسة والهم فحسب – وهذا ما هو كائن اليوم – بل يجب كذلك إعادة بناء وجدانه ليصبح إيجابيا وأخلاقيا، ويصبح ذا شخصية إيجابية وفعالة ومنتجة في بقية حياته، حتى يمكن أن يرضى عن حياته ويعيش سعيدا، وهذا هو المقصود بما ينبغي أن يكون. إذن هو علم أخلاقي يريد القيام بمهمة شديدة الصعوبة ولكنها ليست مستحيلة، ولكنها ستحتاج لإنجازها معالجين نفسيين وباحثين ذوي همم وعزائم لا نظير لها.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع العربية:

١-بارلو، ديفيد، المحرر.(٢٠٠٢). ***مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي.*** (ترجمة): صفوت فرج، ومحمد نجيب الصبوة، ومصطفي تركي، وجمعة يوسف، وهبة القشيشي، وحصة الناصر وآخرين. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢-ستيرنبرج، و.م. (٢٠٠٦). ***المرجع في علم نفس الإبداع.*** (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، وخالد بدر، وفؤاد أبو المكارم، وأيمن عامر. القاهرة: منشورات المجلس الأعلى للثقافة.

٣-ليندزاى، س.، وبول، ج. (٢٠٠٠). ***مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين.*** (ترجمة): صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٤-ليهي، روبرت، المحرر (٢٠٠٦). ***دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية.*** (ترجمة): جمعة سيد يوسف، ومحمد نجيب الصبوة. دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

٥-محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٦). ***المصنف في علم نفس الصحة الإكلينيكي.*** القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

٦-محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٨). علم النفس الإيجابي: تعريفه وتاريخه وموضوعاته والنموذج المقترح له. ***مجلة علم النفس***، (٧٦ – ٧٩)، ١٦ – ٤٢.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

7- Abdel-Khalek, A. (2005). Happiness and death distress: Two separate factors. ***Death Studies***, 29, 949- 958.

8- Barrett, P.M., Ollendick, T. H., (Eds). (2004). ***Handbook of Interventions That Work With Children and Adolescents: Prevention and Treatment***. West Sussex, UK: Wiley.

9- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and egoresiliency: conceptual and empirical connections and separateness. ***J. Personality and Social Psychology.*** 70, 349 – 61.

10- Burton, C.M., & King, L.A. (2004).The health benefits of writing about intensely positive experiences. ***J. Res. Personal.,*** 38, 150 – 63.

11- Bulter, A. c. & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. ***J. Nor Psychol. Assoc.,*** 37, 1 -9.

12- Cowen, E. L., & Kilmer, R. P. (2002). Positive psychology: Some plusses and some open issues. ***J. Community Psychol.*** 30, 449- 60.

13- Csikszentmihalyi, M. (1993). ***The evolving self.*** New York: HerperCollins.

14- Cummins, R. A., & Nist, H (2002). Mainting life satisfaction: The role of positive cognitive bias. ***J. Of Happiness Studies***, 3, 37- 69.

15- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (eds.). (2002). ***Handbook of Self-Determination Research***. Rochester, NY; Univ. Rochester Press.

16- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. ***Annu. Rev. Clini. Psychology***. 1, 629- 651.

17- Emmons, R. A., McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subject well-being in daily life. ***J. Personal. Soc. Psychol***. 84, 377- 89.

18- Evans, D., & Seligman, M. E. P. (2004). ***Adolescent Mental Health***. New York: Oxford Univ. Press.

19- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. ***Am. J. Psychol***. 55, 647- 54.

20- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. ***J. Couns. Psychol.*** 24, 511- 21.

21- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. ***J. Couns. Psychol.*** 30, 483 – 98.

22- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? ***Rev. Gen. Psychol.*** 2, 300- 19.

23- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger up ward spirals toward emotional well-being. ***Psychol. Sci.*** 13, 172- 75.

24- Fredrickson, B. L. & Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. ***J. Personal. Soc. Psychol.*** 84, 365- 76.

25- Frisch, M. B. (1994). *The happiness handbook: A tool kit for life based on quality of life therapy.* Waco, TX: Michael Frisch.

26- Grant, G. M., Salcedo, v., Hynan, L.S., Frisch, M. B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. ***Psychol. Rep.*** 76, 1203- 8.

27- Kazdin, A. E., and Weisz, J. R., (eds.). (2003). ***Evidence – based Psychotherapies for children and adolescents.*** New York: Guilford.

28- Kirsch, I., & Saperstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prev. Treat* 1: 0002A Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005: 1: 629 – 651. Downloaded from arjournals.annualreview.org by 62.215.16.210. on 05/29/05. for personal use only. POSITIVE PSYCHOLOGY IN CLINICAL PRACTICE 649.

29- Klohnen EC. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of egoresiliency. ***J. Personal. Soc. Psychol.*** *70(50): 1067- 79.*

30- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. ***Rev. Gen. Psychol.*** *In press.*

31- Malhotra, A. K., Murphy, G. M., & Kennedy, J. L. (2004). Pharmacogenetics of psychotropic drug response. ***Am. J. Psychiatry*** 161, 780 – 96.

32- Maltby, J., Lewis, C. A., & Day, L. (1999). Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. ***British Journal of Health Psychology***, 4, 363 – 378.

33- Pennebaker, J. W. (1997). ***Opening Up.*** New York: Morrow.

34- Seligman, M. E. P. (1991). ***Learned Optimism.*** New York: Knopf.

35- Seligman, M. E. P. (1994). ***What You Can Change and What You Can not.*** New York: Knopf.

36- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consummer Peports study. ***Am. J. Psychol.*** 51, 1072 – 79.

37- Seligman, M. E. P. (2002). ***Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment***. New York: Free Press.

38- Sen, S., Villafuerte, S., Nesse, R., Stoltenberg, S. F., Hopcian, J., et al. (2004). Serotonin transporter and GABA (A) alpha 6 receptor variants are associated with neuroticism. ***Biol. Psychiatry*** 55, 244- 49.

39- Snyder, C., Ilardi, S., Micheal & Cheavans, J. (2000). Hope theory: Updating a common process for psychological change. In C. Snyder, & R. Ingram (Eds.), ***Handbook of psychological Change: Psychotherapy Process and Practices for the 21st Century*** (pp. 128 – 53). New York: Wiley.
40- Steck, E. L., Abrams, L. M., & Phelps, L. (2004). Positive psychology in the prevention of eating disorders. ***Psychology in the Schools***, 41, 111 – 117.
41- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. ***J. Personal. & Soc. Psychol.*** 86, 320-33.
42- Turakulov, R., Jorm, A. F., Jacomb, P. A., Tan, X., & Easteal, S. (2004). Association of dopamine- β –hydroxylase and androgen receptor gene polymorphisms with Eysenck P and other personality traits. ***Personal. And Individ.*** *Differ*. 37, 191- 202.
43- Weissberg, R. P., Kumpfer K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. ***Am.J. Psychol.*** 58, 425 – 32.

Role of positive psychology in activating prevention procedures and psychotherapy

Mohammed N.AL-Sabwah (Ph.D)

(Abstract) Positive psychology means, the scientific study with application nature for positive experiences and personal positive traits and for social and psychological institutions that work on facilitating the experiences and traits and evaluating them in order to build an individual with a personality that is positive, effective, and influential. A personality that is interested in what is really actual as well as to what matter should. Since the appearance of this science in 1998 at the hand of Seligman and his colleague Mihali Csikszentmihalyi, several serious attempts have came out through their research and research of a high number of their students to employ the concepts of this science and the scientific approaches that resulted from its theoretical frame in preventing against affliction with physical illness and psychological disorders and in helping individuals getting rid of their suffering or alleviating its severity. This is what we had presented in the first section of this scientific review. We came to an end in our presentation of this research to an important conclusion purported that the positive intervention whether it was for preventive and developmental objectives, or for behavior modification objectives, or treatment objectives, it will be more effective than traditional intervention, because it will not help the individual get rid of his delinquencies, abnormalities, weaknesses, and disorders only but also it will establish within him a new intellectual method. The method purported that psychological health does not mean that the mind, mood, will, and body being , free from aberration, delinquencies, and sickness, only but also the individual will be effective ,influential, and successful in personal, family, and on social level. Finally, we presented the future of prevention and psychopathology research practice in the light of positive psychology accomplishments. We concluded that it's a promising future, in spite of the difficulties that clinical psychologists will face in this regard.